

526

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 13 juillet 1899, à 1 heure

Par J. SABATIER

Né à Brioude (Haute-Loire) le 8 juin 1874.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

RAPPORTS DE LA GRIPPE

ET DE LA

FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M. PROUST, professeur.

*Juges { MM. DEBOVE, professeur.
 THOINOT et WURTZ, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchements.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Andr.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST

Membre de l'Académie de médecine
Médecin des hôpitaux
Inspecteur général des services sanitaires
Commandeur de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES RAPPORTS DE LA GRIPPE
et de la fièvre typhoïde

AVANT-PROPOS

En commençant ce travail, il est un devoir bien doux pour nous à remplir, et auquel nous ne saurions manquer ; c'est de remercier tous les maîtres qui, dans le cours de nos études médicales, nous ont instruit, guidé et soutenu, tant par leur science que par leur dévouement.

Qu'ils nous soit permis tout d'abord d'exprimer à M. le professeur Proust, notre vive gratitude, pour la bienveillance qu'il nous témoigne et l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous ne pouvons oublier de remercier également M. le Dr Ménétrier à l'obligeance duquel nous devons de publier ici une observation inédite, prise par nous dans son service à l'hôpital Tenon.

C'est avec plaisir que nous nous souviendrons toujours

de MM. les D^{rs} Toupet, Guinon, Jansen, qui par leurs brillantes leçons au lit du malade, pendant l'année que nous avons passée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Proust, sous leur direction, nous ont toujours très vivement intéressé.

Et aussi l'expression de notre sincère reconnaissance à nos premiers maîtres de l'École de Clermont, MM. les professeurs Bousquet, Gagnon, Dourif, Planchard, Tixier, qui nous ont tracé la voie dans la médecine et la chirurgie.

INTRODUCTION

Malgré les nombreuses observations de la clinique accumulées depuis plus de cinquante ans sur l'étude des différentes formes de la fièvre typhoïde. Malgré les ressources considérables que nous offre à l'heure actuelle, la bactériologie ; il arrive encore fréquemment que le praticien, même le plus exercé, se trouve forcé d'attendre quelques jours, pour porter un diagnostic ferme au début d'une dothiéntérie.

Nous avons observé un malade qui, n'étant pas encore remis d'une grippe, était frappé par la fièvre typhoïde. L'association de ces deux maladies infectieuses n'étant pas très commune, a attiré notre attention et il nous a paru intéressant d'en faire notre dissertation inaugurale.

La question n'est point, par plusieurs côtés négligeable. Et sans compter les réelles difficultés du diagnostic, la grippe, de même qu'elle active souvent la marche d'une tuberculose pulmonaire, imprime parfois à la dothiéntérie un tel caractère de gravité, qu'il est nécessaire de garder la plus grande réserve avant de porter un pronostic.

Quelqu'un a pu dire autrefois que la fièvre typhoïde n'aimait pas la grippe et qu'on ne la rencontrait pas plus

avec cette affection qu'avec la variole ou le paludisme. La bactériologie nous apprend en effet, que certains microbes sont ennemis les uns des autres. Cette lutte existe-t-elle entre le bacille de Pfeiffer et celui d'Eberth? Nous ne le croyons pas, et si l'association expérimentale n'a pas été faite, la clinique nous apporte assez d'exemples de double infection typho-grippale pour nous convaincre de l'existence de ce type, comme nous étions déjà convaincus de l'existence d'une forme typho-palustre.

Nous aurions voulu, après nous être inspiré des travaux de tous ceux qui nous ont précédé sur ce terrain, faire une œuvre plus utile, en réunissant des observations nombreuses. Notre travail paraîtra sans doute sur certains points, assez faiblement documenté; mais le temps nous a fait défaut et c'est pourquoi nous prions nos juges de nous en tenir compte.

Voici le plan que nous avons cru utile de suivre dans notre étude :

1° Historique des travaux parus sur les rapports de la grippe et de la fièvre typhoïde avec les observations qui s'y rapportent.

2° Etude sur la grippe, la fièvre typhoïde, la grippe pseudo-typhoïde et la fièvre typhoïde pseudo-grippale.

3° De l'infection typho-grippale, diagnostic et pronostic.

4° Conclusions.

HISTORIQUE

Ce chapitre offre si peu de personnalité, que nous aurions pu peut-être nous dispenser à la rigueur de lui réserver une aussi grande place au début de notre thèse.

Si nous avons cru devoir ainsi le développer ; c'est afin de mettre en lumière l'opinion de tous ceux qui, avant nous, se sont occupés de la question. C'est pour montrer aussi comment, de l'observation patiente et méticuleuse des malades, de l'analyse des symptômes si diversement associés et grâce à l'étude du rôle des agents microbiens, on est arrivé petit à petit à débrouiller le problème de la double infection, à laquelle le Dr Saint-Ange a donné le nom d'*infection typho-grippale*.

Chomel, qui a si admirablement complété l'œuvre de Louis dans l'étude de la fièvre typhoïde, est le premier auteur, qui dans ses cliniques en 1834, insiste sur la difficulté du diagnostic dans tous les cas où la dothiéntérie se complique d'une autre affection. Cet observateur allait même plus loin et ne s'écartait pas de la vérité, lorsqu'il se demandait s'il ne fallait pas, dans toutes ces bizarres associations, porter un pronostic défavorable.

Il ne paraît pas cependant avoir songé à la grippe, et bien qu'il ait pu observer quelques cas de double infection

dans l'épidémie de 1833; il ne la signale pas comme susceptible d'évoluer sur le même individu en même temps que la dothiéntérie.

Griesinger, *Traité des maladies infectieuses*, avait remarqué que certaines maladies infectieuses confèrent une sorte d'immunité relative à l'égard de la fièvre typhoïde. Il avait soin d'ajouter qu'il existe des exceptions, et il énumérait la variole, la scarlatine, le choléra, la rougeole, la dysentérie, le rhumatisme articulaire aigu, oubliant les deux plus importantes peut-être par leur fréquence : le paludisme et la grippe.

Il faut arriver en 1870-71, pour que Moissenet observe ce qui jusqu'à lui était resté inaperçu.

« Quelquefois, dit-il, dans le cours de l'affection grippale, du huitième au quinzième jour, éclatait une fièvre typhoïde, qui la plupart du temps revêtait la forme ataxique ou adynamique ».

Depuis cette époque, l'attention des cliniciens s'est assez souvent portée sur cette question.

En 1873, Sevestre publie l'observation que nous reproduisons ci-dessous, et qui nous servira dans l'étude que nous ferons plus loin, de l'infection typho-grippale.

OBSERVATION I

A. Sevestre. Bulletin de la société anatomique de Paris, 1873.

Résumé. — X..., valet de chambre, 26 ans, entre le 30 janvier 1873 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Dr Fauvel.

Depuis une quinzaine de jours le malade souffre de céphalalgie qui a augmenté progressivement. Depuis quatre au cinq

ours il tousse et ressent une gêne considérable, puis de la douleur au fond de la gorge, surtout au moment de la déglutition ; il a cessé de manger et s'est mis au lit.

Pas d'antécédents morbides, constitution vigoureuse, gêne de la respiration surtout pour monter les escaliers.

Examen du malade. — Rougeur intense du voile du palais et de la paroi postérieure du pharynx. Amygdales augmentées de volume.

Douleur à la pression de chaque côté dans la région sous-maxillaire. Lèvres sèches, langue couverte d'un épais enduit blanchâtre ; pas de douleurs stomacales ni abdominales, pas de ballonnement du ventre, pas de diarrhée. Sonorité normale des deux côtés de la poitrine, râles sibilants très nombreux des deux côtés ; crachats muqueux abondants, céphalalgie, abattement.

Temp. ax. 40°,8 ; Pouls 104, fort ; Resp. 40.

31 janvier. — Matin, dyspnée ; albumine dans les urines, en petite quantité.

Temp. ax. 40°,2 ; Pouls 104 ; resp. 40.

Diagnostic formulé. — Grippe intense chez un emphysémateux, ou peut-être bien, fièvre typhoïde à début insidieux, (on prescrit : sulfate de soude, ventouses).

Soir. Respiration plus libre, vomissements abondants, ainsi que les selles.

Temp. ax. 39°,3 ; Pouls 104 ; Resp. 40.

1^{er} février. — Dyspnée, râles abondants.

Temp. ax. 37°,6 ; Pouls 110 ; Resp. 44.

Soir, temp. 40°,1 ; on prescrit ipéca et ventouses sèches.

2 février. — Dyspnée plus accusée. Râles sibilants, muqueux et sous-crépitants fins dans toute l'étendue du thorax. Face un

peu violacée. Urines plus albumineuses. Trois selles liquides dans la journée, de couleur jaunâtre.

Léger météorisme avec un peu de douleur dans la fosse iliaque droite.

Matin : temp. 39°8 ; pouls 104 ; resp. 40.

Soir : temp. 39°6 ; pouls 108 ; resp. 32.

3 février. — Dyspnée augmente, amygdales diminuées de volume. Le malade a déliré dans la nuit et deux petites taches rosées sont apparues sur la poitrine.

On porte le diagnostic de fièvre typhoïde.

Urines très albumineuses. On donne le tanin et de la teinture de musc.

Matin : temp. 39°8 ; pouls 112 ; resp. 44.

Soir : temp. 39°7 ; pouls 107 ; resp. 44.

4. — Dyspnée intense, faciès asphyxique ; le malade a déliré toute la nuit.

Diarrhée, météorisme, pas de douleur abdominale. Sueurs froides.

Matin : temp. 39°4 ; pouls 102 ; resp. 40.

Soir : temp. 40°1 ; pouls 140 ; resp. 36.

Le malade meurt dans la nuit.

Autopsie. — Gonflement et commencement d'ulcération des plaques de Peyer, sur une étendue de 50 centim. à partir de la valvule iléo-cœcale. Congestion énorme des poumons, du foie, des reins. Rate volumineuse contenant deux infarctus jaunâtre et jaune rougeâtre. Cœur sain.

Nous interpréterons ensemble toutes nos observations ; revenons donc à notre historique.

Homolle avait reconnu que : « certaines épidémies de

grippe, ont avec la fièvre typhoïde une assez grande ressemblance », et si l'on s'en tenait à cette seule phrase, on pourrait croire que l'auteur veut simplement désigner la modalité grippale à laquelle on a donné en envisageant ses symptômes, le nom de grippe à forme typhoïde. Mais Homolle lui-même dissipe cette confusion possible, dans son article *Fièvre typhoïde* du « *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie* ». « Il faut accorder, dit-il, dans l'origine des formes spéciales de la dothiéntérie, un rôle important aux constitutions médicales et au milieu épidémique. La coïncidence d'une épidémie de grippe fera prédominer les affections des voies respiratoires chez les typhiques.

Nous relevons dans la « *France médicale* » du 25 novembre 1876, une clinique de M. Raynaud, dans laquelle il rappelle le caractère parfois bizarre, que revêt la fièvre typhoïde au début. Il a noté dans plusieurs cas, des douleurs rhumatoïdes; une autre fois, le torticolis était le symptôme prédominant, et souvent, dit-il, « ce sont les accidents catarrhaux, toux, enchiffrement qui prédominent; c'est à s'y méprendre l'invasion de la grippe ». Dans ce même article, il n'oublie pas de signaler par contre la rareté des épistaxis et l'absence de diarrhée.

Gaéneau de Mussy, après avoir admis l'association possible d'autres éléments pathogéniques à ceux de la fièvre typhoïde, raconte dans ses cliniques médicales :

« J'ai vu la fièvre typhoïde se manifester avec une prédominance très marquée des complications broncho-pulmonaires, alors que régnait une épidémie de grippe. Les autres symptômes de la maladie semblaient dans certains

cas relégués au second plan, et il m'a paru que, d'une manière générale, lorsque les affections catarrhales revêtent un caractère épidémique, elles occupent une place plus importante dans la fièvre dothiéntérique ».

Nous trouvons dans un numéro de la « *Gazette des hôpitaux* » de 1881, une clinique de M. le P^r Potain, de laquelle il ressort bien, comme le dit Homolle, que la « constitution médicale » grippale, exerce son influence sur la fièvre typhoïde, de même que sur les autres maladies communes.

OBSERVATION II

(Clinique de M. le P^r Potain. *Gazette des hôpitaux*, avril 1881).

Résumé. — « Jeune fille, 16 ans, blanchisseuse. A été prise brusquement il y a trois semaines, de douleurs lombaires, de toux, de céphalalgie, de malaise général, mais sans fièvre. Il y a quatre jours, une fièvre vive est survenue tout à coup, mais sans frisson et l'a forcée à s'aliter. Deux jours plus tard elle entre à l'hôpital.

Actuellement, elle a une fièvre ardente, 40°, la peau brûlante, le pouls dur; le ventre est un peu ballonné, douloureux du côté gauche, et l'on sent un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas de diarrhée. Langue blanche, un peu rouge à la pointe. La rate n'est pas sensiblement tuméfiée; il existe très peu d'accablancements, l'intestin n'est pas endolori du côté droit. Quelques râles sibilants disséminés dans la poitrine.

Il ne s'agit pas ici d'une fièvre typhoïde datant de trois semaines; quelque chose d'autre l'a précédée et cette maladie a dû survenir intercurrentement ou consécutivement à une autre

affection. La fièvre typhoïde date seulement de quatre jours, et toute maladie datant de quatre jours qui ne présente pas une localisation particulière des phénomènes morbides ne peut être qu'une fièvre typhoïde.

Les taches rosées doivent venir confirmer le diagnostic, car la tuberculose aiguë peut simuler une fièvre typhoïde au début.

Mais, chez cette jeune fille, nous ne pensons pas que cette maladie qui a débuté depuis trois semaines, qui ne l'a point amaigrie, qui n'a point amené d'élévation notable de la température avant il y a quatre jours, soit une granulie. Ainsi que nous en avons eu maints exemples cette année dans le service ; c'est une fièvre typhoïde survenue dans le cours d'une grippe ou d'une bronchite légère. Pronostic réservé, bien que parfois la maladie première ne soit pas une cause d'aggravation.

Le diagnostic fut justifié par l'évolution ultérieure de la maladie qui fut bénigne.

Voici également une observation, qu'on pourrait presque calquer sur la précédente si l'on veut simplement comparer la durée des accidents.

OBSERVATION III

(M. le professeur Hardy, clinique de la Charité, publiée par « Le Praticien »).

Résumé. — D..., giletière, 21 ans, entre à l'hôpital le 22 décembre 1880 avec des phénomènes de grippe ou catarrhe bronchique aigu, toux, râles sibilants, fièvre intense, etc... Etat général assez sérieux laissant quelque temps le diagnostic hésitant, entre grippe et fièvre typhoïde.

La malade est traitée comme pour la grippe, lorsque il y a trois jours, c'est-à-dire dix-neuf jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, vingt-un après le début de la maladie, les choses se modifient.

Le pouls s'est élevé à 100 ou 110 pulsations, la température est montée à 40°.

Epistaxis plusieurs fois répétées dans la même journée du 10 janvier, bourdonnements d'oreilles, commencement de surdité. Langue sèche, ventre légèrement distendu, diarrhée.

Le 11 et le 12, les phénomènes s'accroissent, les phénomènes thoraciques ont diminué. La fièvre a augmenté, température le 12 au soir, 42°; surdité, bourdonnements d'oreilles très accentués, épistaxis répétées; gargouillement dans la fosse iliaque droite, taches rosées lenticulaires, augmentation non appréciable du volume de la rate. La face jusqu'ici intelligente, a pris un air hébété. Plus de doutes sur la nature de l'affection.

La maladie se termine par la guérison.

Reprenons encore une fois notre énumération.

Le « *Bulletin médical du Nord* », 1882, publie quelques considérations du Dr Grellety sur une épidémie ancienne de fièvre typhoïde, dans laquelle « la maladie était presque toujours combinée avec la grippe et présentait un type catarrhal manifeste. Toujours la grippe la précédait, l'accompagnait ou la suivait. »

Ce témoignage est utile à retenir; nous y reviendrons un peu plus tard.

L'opinion du Dr Brochin, exprimée dans son article, Grippe, du « *Dictionnaire des sciences médicales* » est tout à fait identique.

« Il n'est pas rare, dit-il, surtout lorsque la grippe et la fièvre typhoïde règnent simultanément à l'état épidémique, de les voir se succéder l'une à l'autre ; soit que la fièvre typhoïde vienne à se développer intercurrentement en pleine évolution de la grippe, comme si celle-ci lui avait en quelque sorte préparé et ouvert les voies à titre de prédisposition, soit que les deux maladies ayant été contractées en même temps, la période d'incubation de la fièvre typhoïde étant beaucoup plus longue que celle de la grippe, la première de ces deux affections n'accuse sa présence que lorsque l'autre a déjà parcouru une partie de son cycle ».

Le Dr Millée, dans sa thèse inaugurale sur la fièvre typhoïde à début grippal, publie plusieurs observations intéressantes. Nous allons en résumer une ici, et nous en donnerons une autre à l'étude de la grippe à forme typhoïde, car elle nous paraît dans ce chapitre, être mieux à sa place, si l'on considère avec quelle rapidité a évolué l'affection.

OBSERVATION IV

(Observation n° 1 de la thèse de Millée. Fièvre typhoïde à début grippal. Paris 1884).

Résumé. — P... 24 ans, maçon, entre à Lariboisière le 1^{er} août 1883, dans le service de M. le professeur Jaccoud. Il habite Paris depuis 8 mois.

Depuis vingt jours, il se sentait moins fort, l'appétit avait diminué, lorsque il y a huit jours, il a été pris de frissons, après avoir fini sa journée ; en même temps éclatait une violente

céphalalgie frontale accompagnée d'un malaise considérable et d'un vomissement. Depuis, il s'est alité. Le lendemain et les jours suivants, courbature générale, coryza, toux légère. Insomnie.

1^{er} août. — Vertiges, bourdonnements d'oreilles, faciès typhique, rhume de cerveau assez intense, toux, nombreux râles dans la poitrine, surtout aux bases. Langue blanchâtre, étalée; pas de nausées; pas de diarrhée. Ventre légèrement ballonné, non douloureux; pas de taches rosées.

Soir, temp. 39°4.

2 août. — Toux intense, dyspnée, râles humides dans la poitrine, des deux côtés.

Matin temp. 38°6; soir, temp. 39°.

3 août. — Même état, expectoration mousseuse abondante.

Matin temp. 40°; soir, temp. 38°8.

Diagnostic. — Fièvre typhoïde. On prescrit 1 gr. 50 acide salicylique.

4 août. — Deux taches rosées lenticulaires.

Matin temp 39°6; soir, temp. 38°6.

5 août. — Matin, temp. 39°2; soir, temp. 37°4.

On supprime l'acide salicylique.

6 août. — Matin, temp. 39°; soir, temp. 38°6.

Le 7 au matin. — La température est à 39°, et pendant huit jours oscille entre 37°5 et 40°. Le coryza disparaît, la toux persiste, expectoration muco-purulente, à l'auscultation on découvre du souffle aux deux bases, mais surtout à gauche.

L'état général était satisfaisant, lorsque le 16, un abattement assez marqué s'empare du malade, dont la température remonte à 39°6. La congestion pulmonaire est intense.

De jour en jour l'adynamie augmente; la respiration s'accé-

lère, la langue se sèche, devient brunâtre, les dents sont fuligineuses et le 27 apparaissent des sueurs profuses avec de la diarrhée. Le 28, le malade couvert de sueurs a les membres refroidis ; la température à 37° le matin, remonte à 38°7 le soir et le malade meurt dans la nuit.

L'avis de M. le professeur Huchard, qui a si bien étudié la grippe, dans ses formes cliniques et dans ses rapports avec les autres affections est que le pronostic se trouve souvent aggravé dans une fièvre typhoïde, par la coexistence de la grippe ; il considère les accidents dynamiques comme prédominants.

L'observation suivante de M. le professeur Chantemesse est une des plus concluantes. Le malade était guéri de la grippe, il contracte la fièvre typhoïde, qui à l'autopsie se trouve démontrée et compliquée d'infection streptococcique légère.

OBSERVATION V

(M. le professeur Chantemesse. Formes de la fièvre typhoïde, Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie, 1891.).

Résumé. — Il s'agit d'un soldat géri depuis cinq jours d'une grippe très légère.

Brusquement pris d'une céphalalgie intense, de douleurs lombaires très vives ; excitation cérébrale, température 40°. Une seule épistaxis, mais très abondante.

Cet état persiste durant quelques jours ; la constipation est absolue.

Puis survient de la contracture des muscles de la nuque et du pharynx.

Sabatier

Le malade, absolument insensible, tombe dans le coma.

Amélioration passagère ; mais les accidents cérébraux redoublent d'intensité et le malade meurt le dixième jour.

Autopsie. — Poumons congestionnés. Intestin non altéré. Rate tuméfiée et mollassse pesant 480 gr. Les méninges cérébrales et spinales sont injectées et paraissent un peu infiltrées de sérosité en certains points.

Cultures faites avec des parcelles de rate, de moelle, du hube de la protubérance et avec du sang du poumon donnent toutes le bacille d'Eberth. Dans la rate et l'exsudat méningé quelques rares streptocoques.

Le docteur Saint-Ange, dans les « *Archives médicales de Toulouse* » pénétré du rôle important que joue dans l'affection qui nous occupe l'association microbienne, lui donne le premier le nom d'infection Typho-grippale.

Dans le même ordre d'idées, le docteur Ombrédonne, dans sa « *thèse de Montpellier, 1897* », cherche à caractériser en vue du diagnostic cette maladie si complexe et apporte une nouvelle observation que nous allons résumer à la suite de celles du docteur Saint-Ange :

OBSERVATION VI

(E. Saint-Ange. *Archives médicales de Toulouse, 1895*).

Résumé. — X... 50 ans, constitution vigoureuse, tombe malade au moment d'une épidémie de grippe, en janvier 1893. Céphalalgie, abattement, fièvre modérée, anorexie, pendant les 5 premiers jours. La fièvre nulle le matin atteignait jusqu'à 39,5 le soir. La surexcitation cérébrale était intense, le malade se croyait perdu, l'insomnie était complète. Constipation absolue.

Vers le douzième ou treizième jour, la fièvre est devenue plus continue, l'aspect typhique s'est affirmé.

Les soirs, le malade est oppressé ; trois ou quatre fois il est devenu subitement pâle, ses extrémités froides, le pouls faible et accéléré ; cela pendant un quart d'heure fait croire à l'imminence d'une syncope.

Rien d'anormal au cœur ; congestion pulmonaire modérée.

Le dix-huitième jour, l'état s'aggrave tout à coup : Le pouls devient très fréquent, faible et irrégulier ; la face se cyanose, les extrémités se refroidissent, et malgré tous les stimulants, le malade dont les traits se sont profondément altérés et l'intelligence obscurcie, meurt dans la journée.

OBSERVATION VII

(L. Saint-Ange. Archives médicales de Toulouse. 1895).

Résumé. — Le malade est un enfant de 13 ans, qui, au mois de janvier 1895, pendant une épidémie de grippe, est soigné pour cette affection, trois jours après le début de la maladie, agitation et délire léger dans la nuit. Congestion pulmonaire des deux côtés, fièvre modérée.

Le sixième jour, la congestion pulmonaire a augmenté ; la face est vultueuse, le regard sans expression. Langue sèche, un peu fuligineuse. Pouls accéléré, température ne dépassant pas 39°. Pas de diarrhée, ventre un peu distendu ; il existe quelques taches rosées très discrètes.

Le septième jour, température 40°,5 agitation extrême, les lèvres et la langue sont fuligineuses. Toujours pas de diarrhée, congestion pulmonaire toujours intense.

On prescrit les bains froids, toutes les trois heures.

La température remonte à 40° ou 40°,5 presque aussitôt après

la sortie du bain. L'agitation est excessive et se complique d'une raideur tétaniforme, de soubresauts des tendons et de nystagmus. Le pouls atteint et dépasse 120.

Cet état persiste jusqu'au quinzième jour, avec quelques rémissions passagères. La température a légèrement baissé ; mais le pouls se maintient, atteint 140, 160, les battements du cœur s'affaiblissent ; la prostration augmente et le malade meurt au quinzième jour de la maladie.

OBSERVATION VIII

D^r H. Ombrédanne, grippe et fièvre typhoïde, thèse de Montpellier 1897).

Résumé. — P..., 32 ans, femme de chambre, entre le 1^{er} juin 1897, dans le service de M. le Professeur Carrieu.

Pas d'antécédents héréditaires. Son mari aurait eu la grippe dans le courant du mois de mai. Elle a toussé beaucoup autrefois ; a maigri beaucoup depuis quelque temps.

Fatiguée depuis 15 jours, céphalalgie, douleurs lombaires, diarrhée, vomissements. Perte de l'appétit ; pas de frissons ni d'épistaxis.

1^{er} juin. — Sueurs abondantes, langue sale, pas de diarrhée ni de douleurs dans la fosse iliaque, anorexie, toux, fréquente, douloureuse.

Temp. soir 38°, 7.

2 juin. — A la base droite et en arrière, submatité, obscurité respiratoire avec quelques frottements. Vibrations thoraciques diminuées.

Au sommet droit en arrière, submatité, inspiration rude, expiration prolongée, quelques râles ; vibrations thoraciques exagérées.

Matin : temp. 38°; pouls 88.

Soir : 39°,1.

On ordonne, quinquina, tolu, sauge, antipyrine et quinine.

3 juin. — Expectoration de quelques crachats muqueux, peu aérés, jaune verdâtre.

Les sueurs ont été abondantes. Quelques pneumocoques dans les crachats.

Matin : temp. 37°,5 pouls 88.

Soir : 38°.

Jusqu'au 7 juin, la température oscille entre 37°,9 et 37°,4, les meurs diminuent.

7 juin. — Diarrhée, anorexie, vomissements, langue sale.

Matin : temp. 38°,2, soir : temp. 38°,4.

8 juin. — Un peu de photophobie.

Matin : temp. 37°,4, soir : temp. 39°,5.

9, 10, 11 juin. — En arrière, du côté droit, respiration un peu soufflante. Côté gauche, respiration rude, diarrhée, la température oscille entre 37° le matin, et 39° le soir. On donne : quinine et dermatol.

12 juin. — Vomissements porracés, langue sale, rouge à la pointe et sur les bords.

Eau de sedlitz.

Matin : temp. 38°,5, soir : temp. 39°,9.

13 et 14 juin. — Vomissements continuent, douleurs dans la fosse iliaque droite, gargouillement, quelques taches rosées douteuses, température entre 39°,5 et 40°, pouls 110.

15 juin. — Vomissements, taches rosées très nettes, phénomènes pulmonaires augmentent.

Matin : temp. 38°,9, pouls 120, soir : temp. 39°.

16 juin. — Délire dans la nuit, langue rouge, sèche, brûlée,

plaques ulcérées sur les lèvres, épistaxis légères répétées.
Amygdale de Luschka rouge, saillante ; séro-diagnostic, positif.

Matin : 37°,6, pouls 124, soir : temp. 40°,5.

17 juin. — Dyspnée.

Matin : temp. 40°,3, pouls 144, soir : temp. 40°,1.

18 juin. — Séro-diagnostic, positif.

Matin : 39°,4, pouls 140, soir : temp. 40°,2.

19 juin. — Délire continu, regard terne, soubresauts des tendons, adynamie, traits tirés.

Matin : temp. 39°,8, pouls 144, resp. 48, soir : temp. 39°,5.

Le 20 juin. — Le pouls est imperceptible ; le soir : temp. 40°, mort dans la nuit.

Autopsie. — Coloration violacée de l'intestin au niveau du cœcum et de la première partie de l'intestin grêle, nombreux ganglions mésentériques. Les dix premiers centimètres de l'iléon forment un vaste placard épaissi, tomenteux, dû aux plaques de Peyer surélevées, fortement ulcérées.

Reins volumineux, mous, congestionnés.

Foie granulo-graisseux par foyers, congestionné.

Rate volumineuse, friable.

Poumons congestionnés et hépatisés, culture donne des pneumocoques.

Cœur dilaté, flasque, décoloré.

Les observations ainsi disséminées, hachent un peu notre historique. Nous avons tenu malgré tout à les placer ainsi à la suite du nom de ceux qui les ont publiées.

Nous touchons à la fin de ce chapitre, nous voici parvenu aux travaux les plus récents et il ne nous reste plus à mentionner que l'opinion de M. le Dr Galliard, médecin

de l'hôpital Saint-Antoine, et celle de M. le Dr Ferrand de l'Hôtel-Dieu.

Le Dr Galliard, dans son livre « *La Grippe* » paru en 1898 dit :

« La grippe est souvent précédée, accompagnée ou suivie d'une maladie aiguë » et l'auteur se demande si quelquefois l'influenza ne pourrait pas ainsi que le fait le choléra, arrêter l'évolution de la fièvre typhoïde. Il prévoit aussi le cas inverse, dans lequel « la grippe sera forcée d'abdiquer en faveur d'une maladie antagoniste plus violente et plus brutale ».

Nous reviendrons sur ces diverses questions un peu plus loin ; bornons-nous pour le moment à les signaler.

Le Dr Ferrand, présente dans le « *Journal de médecine interne* » du 15 mai 1899, cinq de ses malades, très intéressants, par la façon tout à fait anormale dont s'est manifestée chez eux la fièvre typhoïde.

Mais, de ces cinq malades, nous n'en retiendrons que trois dont les observations entrent complètement dans notre sujet. M. le Dr Ferrand dans sa clinique les considérerait comme un peu différents des deux autres et d'après les quelques renseignements qu'il nous a donnés depuis sur la marche ultérieure de la maladie, il nous a confirmé sa première opinion. Nous ne les citerons donc pas.

OBSERVATION IX

Clinique de M. le Dr Ferrand, *Journal de Médecine interne*
15 mai 1899.

Résumé. — La malade s'était toujours bien portée, lorsqu'elle a été prise brusquement il y a 15 jours, de céphalalgie, de cour-

bature, d'enrouement, d'une fatigue extrême ; à plusieurs reprises, elle a eu de légères épistaxis. Elle a complètement perdu l'appétit. Au début, constipation suivie bientôt de diarrhée. C'est seulement le 27 mars, au quinzième jour de sa maladie, qu'elle s'est décidée à entrer à l'hôpital.

L'aspect général, les phénomènes intestinaux avec une prédominance bien marquée, ne laissent guère de doutes sur l'existence de la fièvre typhoïde.

La rate était hypertrophiée et si l'on a pas vu l'éruption de taches rosées lenticulaires ; c'est que l'époque en était passée. Le pouls avait une tendance au dicrotisme. Le 1^{er} avril, entorrhagie abondante, qui amène une chute passagère de la température qui s'était maintenue au-dessus de 39°. En même temps, le poumon droit était peu perméable ; les jours suivants, le poumon gauche était atteint, et si des râles hypostatiques pouvaient être perçus aux deux bases, il existait une congestion intense de ce poumon gauche. De plus, la courbe thermique avait repris ses grandes oscillations jusqu'au 8 avril, où la température n'étant plus que de 37°, la poitrine étant dégagée, la malade entrait en convalescence.

OBSERVATION X

[Clinique de M. le Dr Ferrand. Journal de Médecine interne,
15 mai 1899.]

N'ayant pu avoir d'autres renseignements sur cette malade nous reproduisons simplement le passage de la clinique de M. Ferrand, qui la concerne, en ajoutant que la malade a guéri et qu'à son entrée à l'hôpital, il existait des cas de grippe dans le service.

« Des phénomènes intéressants, aussi bien en ce qui concerne la fièvre continue elle-même qu'en ce qui touche aux poumons ont été notés chez la malade du numéro 18 de la salle Sainte-Anne, venue chez nous huit jours après avoir éprouvé les premières atteintes du mal. Sa fièvre typhoïde a été quelque peu anormale, marquée par une hyperthermie assez élevée pour que nous ayons donné des bains froids à plusieurs reprises et, j'ajoute, des bains froids sinapisés; car, si la malade se réchauffait après le bain, sa circulation périphérique restait inerte; elle conservait des extrémités refroidies dont l'algidité s'accompagnait même d'une légère cyanose. Les bains froids n'avaient pas ici le pouvoir de réveiller l'énergie vaso-motrice. La circulation périphérique s'est rétablie; la température, par oscillations descendantes, est devenue telle que l'apyrexie a pu être regardée comme définitivement acquise.

Dans le cours de la troisième période, le 27 mars, accidents pleuro-pulmonaires; nous avons assisté au développement d'une congestion très marquée de la moitié inférieure du poumon droit, qui d'ailleurs s'en est heureusement débarrassée, si bien que la malade est devenue convalescente.

Dans le cours de cette convalescence, éclate une pyélo-néphrite dont je ne crois pas le rôle considérable dans le cours de la maladie première.

On a constaté au laboratoire le pouvoir agglutinatif du sérum de la patiente.

OBSERVATION XI

(Clinique de M. le Dr Ferrand. Journal de médecine interne
15 mai 1899).

« Nous avons au n° 9 de la salle Saint-Thomas, un homme

dont la fièvre continue a été pour moi un sujet d'hésitations sérieuses. Les manifestations de sa fièvre typhoïde, en effet, ont été réellement peu communes. On compte parmi elles, des frissons, ce qui n'est pas très extraordinaire, mais encore des sueurs profuses, ce qui est beaucoup plus rare. En outre, le malade a eu des diarrhées noirâtres, paraissant contenir du sang. Son ventre s'est développé, il a eu de la douleur dans la fosse iliaque droite. D'un autre côté, les troubles respiratoires n'ont pas été chez lui moins importants que chez les autres malades. Les désordres ont été disséminés dans les deux poumons, mais ont prédominé dans le poumon droit qui a été dans sa totalité le siège d'une congestion profonde ; la plèvre même a été intéressée. Les taches rosées lenticulaires ont été nombreuses et même un peu saillantes, comme il arrive dans les formes achevées de la fièvre typhoïde. Les crises de sueur se sont produites à diverses reprises au cours de la maladie.

Détente passagère des accidents vers le 16 avril, retour offensif jusqu'au 20 ou au 22 époque à laquelle le malade entre en convalescence.

Depuis guéri. Le séro-diagnostic avait été positif.

Dans ces trois observations ajoute le Dr Ferrand, on relève les caractères essentiels de la fièvre continue avec des traits spéciaux imprimés par la grippe.

Par ce long aperçu historique, nous pouvons juger maintenant la question ; nous allons voir à présent quels sont les moyens dont nous disposons pour arriver au diagnostic d'infection typho-grippale.

GRIPPE ET FIÈVRE TYPHOÏDE

1° Fièvre typhoïde pseudo-grippale.

2° Grippe à forme pseudo-typhoïde.

S'il est une maladie dont les manifestations multiples forcent le clinicien à faire appel à tout son talent d'observateur, c'est bien la grippe ; soit que cette affection éclate avec fracas et frappe une multitude d'individus en peu de jours ; soit au contraire qu'elle apparaisse plutôt sournoisement, comme le réveil d'une épidémie antérieure incomplètement éteinte.

Cette dernière forme est celle que nous voyons depuis la grande épidémie de 1889 ; c'est celle que nous aurons principalement en vue ici. C'est de cette « constitution médicale » grippale, comme la désigne M. le P^r Potain, dont nous allons montrer les rapports avec la dothiéntérie.

Disons tout de suite, qu'elle ne diffère de la grande forme épidémique par aucun symptôme ; qu'elle s'en distingue seulement par sa plus faible contagiosité ; mais que malgré tout, ne connaissant cette « fièvre catarrhale » que par les descriptions classiques données jusque-là, beaucoup de praticiens, le D^r Navarre entr'autres, se refusaient à prendre pour la grippe, l'épidémie de 1889.

Avant de mettre en présence les symptômes de l'in-

fluenza et ceux de la dothiéntérie, nous croyons utile de rechercher si dans le mode de transmission, dans la prédominance à frapper telle ou telle catégorie d'individus, il n'existe pas quelques particularités pouvant nous permettre de soupçonner avant l'examen des malades, si nous avons affaire à l'une ou l'autre des deux maladies.

Pour la fièvre catarrhale, il n'existe rien ou presque rien, qui soit capable de nous mettre sur la voie ; seule, la présence d'un grippé dans l'entourage de celui qui tombe malade à son tour, a quelque importance.

Dans les grandes épidémies, il n'en est pas de même, voyons, en effet, comment apparaît l'influenza.

Depuis 1730, on aurait toujours observé que la propagation se produit de la même manière, c'est-à-dire du nord au midi et de l'est à l'ouest ; avec une rapidité égale à la vitesse des moyens de communication. Pour M. L. Masson, un temps brumeux, humide, accompagné d'un froid peu intense et d'une hausse insolite du baromètre favoriserait l'éclosion de ce qu'on appelait autrefois le génie épidémique.

La grippe éminemment contagieuse, frappe le plus souvent en premier lieu les voies respiratoires ; elle n'épargne personne, riches ou pauvres lui payent leur tribut dans d'égales proportions.

La fièvre typhoïde au contraire, bien que régnant endémiquement tout comme une fièvre saisonnière, se réveille principalement en été ou en automne alors que les eaux sont basses. Elle affectionne tout particulièrement l'âge adulte et dans ceux-là, cherche les non-acclima-

tés, les surmenés, les miséreux dépourvus de soins hygiéniques et s'abreuvant d'eau impure non filtrée ; elle frappe surtout par le tube digestif. Ces quelques éléments sont presque suffisants pour faire pencher, si l'on a affaire à quelqu'un ne buvant que de l'eau non contaminée par le bacille d'Eberth, en faveur de l'influenza ; surtout si l'on soigne au même moment, d'autres malades atteints de cette affection.

Tâchons maintenant dans la multitude des symptômes qui peuvent s'offrir à nous, de trouver ce qui est nécessaire à notre diagnostic.

Tout ce qu'on observe à la période prodromique, peut se voir dans la grippe, comme dans la fièvre typhoïde ; cependant, dans la première de ces deux affections, cet état est le plus souvent de très courte durée, lorsqu'il existe. C'est un sentiment de lassitude générale ; un état de torpeur, de crainte que rien ne peut dissiper ; de la courbature, de l'anorexie, de la céphalalgie avec douleur dans les membres ; des névralgies, des vomissements ou des épistaxis.

Mais dira-t-on, ce sont là des phénomènes communs à beaucoup d'autres maladies. C'est vrai ; mais dans la grippe, ce qui domine le plus souvent, c'est le sentiment de fatigue et de crainte avec les douleurs dans les membres. Ce qui se rencontre surtout dans l'infection typhique, c'est la céphalalgie avec les épistaxis légères et répétées. De plus, tandis que ce dernier malade se trouvera ainsi, sans fièvre, l'autre la plupart du temps aura vite une élévation de la température et apparaîtront les symptômes caractéristiques, coryza, angine, catarrhe bronchique.

Il est rare qu'un malade se décide à voir le médecin à cette période ; nous n'y insisterons donc pas plus longtemps.

Il est difficile parfois, de dire, en présence d'un malade atteint de fièvre typhoïde au début depuis combien de temps date l'infection et c'est encore une chose qui ne simplifie pas, tant s'en faut, le diagnostic. Pour faire une étude comparée, suivons donc nos deux malades pas à pas. Nous avons laissé le grippé dans un état de prostration peu en rapport avec les symptômes sans gravité qu'il manifestait ; que va-t-il devenir maintenant ? Notre typhique quoique moins courbaturé, pourrait aussi présenter les mêmes phénomènes ; on hésite, l'épreuve du séro-diagnostic utile surtout au huitième jour ne nous a rien donné ; que va-t-il se passer ?

Eh bien, le diagnostic restera peut-être encore en suspens.

Chez le premier malade, les troubles pulmonaires, les sueurs, l'élévation brusque de la température, l'anéantissement, l'érythème passager, la constipation absolue, cet état particulier du poumon se manifestant par de l'obscurité respiratoire, la céphalalgie et les autres symptômes du début qui s'exagèrent ; tout concourt à faire pencher pour la grippe.

Chez le deuxième, frisson ou frissons répétés, élévation lente de la température, accablement, céphalalgie, bronchite, vertiges, bourdonnements d'oreilles, anorexie, langue pâteuse, soif exagérée, météorisme et diarrhée avec gargouillement, hypertrophie de la rate, voilà le tableau de la fièvre typhoïde, si chez tous les malades les deux

tableaux cliniques se trouvaient au complet ; à part quelques cas rares, on n'hésiterait pas longtemps.

Suivant chaque sujet, la maladie varie ; celui-ci grippé, aura des diarrhées profuses, continuera malgré une céphalalgie légère à vaquer à ses occupations ; celui-là typhique, sera tout courbaturé, toussera sans relâche ; comment arriver au diagnostic ?

Il est certains exemples où, sans le secours de la bactériologie, le diagnostic est absolument impossible. Ne voulant pas aller plus loin dans l'étude de la fièvre typhoïde, puisque d'ordinaire après le huitième jour le séro-diagnostic est positif, nous allons donc étudier maintenant ces deux cas dans lesquels le clinicien impuissant est obligé de recourir à la séro-réaction de Widal.

1°. — *Fièvre typhoïde pseudo-grippale.*

Nous n'avons pas en vue ici, l'infection typho-grippale ; nous voulons simplement dire quelques mots d'une de ces fièvres typhoïdes où le bacille d'Eberth est seul en cause, ou, s'il est associé, n'a pas avec lui, comme dans l'infection typho-grippale, le bacille de Pfeiffer.

Cette forme de la dothiéntérie, n'est pas absolument définie ; on pourrait la faire rentrer dans ce qu'on a appelé les formes atypiques, créées seulement depuis que la bactériologie a permis d'affirmer, que chez tel malade dont l'intestin est sain ou à peu près et qui a succombé à une méningite, la mort est due quand même à l'agent pathogène spécifique de la fièvre typhoïde.

De ce côté la science a encore beaucoup à faire. Tant que nous ne serons pas absolument certains de la spécificité du bacille découvert par Pfeiffer, tant que nous n'aurons pas des notions plus précises sur son degré de virulence et tant que les moyens de le déceler ne seront pas perfectionnés, nous risquons fort de confondre certaines formes de l'infection typho-grippale avec des dothiéntéries atypiques auxquelles le bacille de l'influenza sera complètement étranger.

Prenons un exemple. Le malade de M. Ferrand, qui fait le sujet de notre neuvième observation, convient admirablement.

Ce malade en effet, a présenté dans tout le cours de son affection des symptômes, sueurs profuses, troubles de l'appareil respiratoire, qui font songer bien plus à une grippe qu'à tout autre chose. Or plus tard, les taches rosées sont apparues, très saillantes ; mais ce serait là, il faut en convenir, une bien faible preuve d'infection eberthienne et le clinicien serait fort embarrassé si le séro-diagnostic ne venait lui aider à trancher la question.

Supposons, dans le cas qui nous occupe qu'il n'eut pas existé à ce moment d'épidémie de grippe, un malade quelconque aurait pu présenter les mêmes phénomènes. Ce malade aurait eu cette forme atypique de la dothiéntérie, la forme pseudo-grippale.

2° Grippe pseudo-typhique.

C'est encore une malade de M. le Dr Ferrand qui va servir de type à notre description.

Entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Anne le 17 avril, cette malade se plaignait depuis une semaine d'accidents, dit M. Ferrand, qu'on pourrait regarder comme des symptômes de dothiéntérie : maux de tête, vertiges, bourdonnements d'oreilles, courbature générale, fièvre. Cependant, elle avait gardé un peu d'appétit, digérait passablement, se nourrissait encore. D'autre part, il y avait quelques jours aussi qu'elle toussait et crachait. Accablement et prostration pas très considérables. Léger gargouillement dans la fosse iliaque droite ; sensibilité à la pression, modérée. Le foie n'était pas augmenté de volume ; la rate était difficile à percevoir. Température oscillant autour de 39°.

Si nous voulions forcer un peu plus le tableau, ajouter au début quelques épistaxis ; un peu plus tard langue de perroquet, selles jaunes ocres, taches rosées ; ne serait-il pas absolument impossible, sans le séro-diagnostic de vouloir reconnaître dans cette description autre chose qu'une dothiéntérie. Et pourtant, ce serait une grippe, mais une grippe pseudo-typhoïde.

Dans l'épidémie de 1833, Prieau, Pétrequin, Bourgogne avaient déjà signalé les rapports de la grippe avec le choléra ; mais c'est seulement dans celle de 1837 que Pétrequin, Gintrac, etc., notèrent la fréquence de la pseudo-typhoïde.

En 1891-1892, G. Lemoine (de Lille) en donne une description remarquable et nous ne pouvons faire autrement que de la reproduire :

« La similitude des symptômes observés avec ceux de la dothiéntérie fut telle que, n'ayant pas connaissance

de l'invasion de la grippe à Lille, je songéai tout d'abord à la fièvre typhoïde et ne pus rectifier mon diagnostic que quelques jours plus tard...

« La grippe à forme typhoïde est assez rare et ne s'observe guère que dans des cas isolés, surtout au début des grandes épidémies. Son début est brusque, presque sans prodromes et se fait par de petits frissons répétés, du malaise, de l'abattement, de la céphalalgie et des douleurs musculaires occupant les membres et la région lombaire. Le malade est de suite contraint de s'aliter. Des épitaxis, des vertiges, des vomissements peuvent survenir. La constipation est la règle ; la langue blanche, comme recouverte d'un enduit pseudo-membraneux.

« En trois ou quatre jours l'état s'aggrave, délire, surdité, aspect typhique ; parfois demi-coma, hallucinations, carphologie, soubresauts des tendons. La constipation est souvent remplacée dès le deuxième ou troisième jour par de la diarrhée. Selles nombreuses, peu colorées, peu fétides. Le ventre est ballonné et douloureux à la pression, l'hyperesthésie cutanée est fréquente ; les taches rosées ne sont pas rares ; la rate est généralement hypertrophiée et douloureuse ; le foie est passagèrement congestionné ; les urines sont presque toujours albumineuses.

« Tous ces symptômes persistent pendant la période d'état, soit quatre à huit jours. On peut observer en outre dans la plupart des cas, de l'angine, de la laryngite, de la bronchite. Celle-ci s'accompagne souvent d'un signe stéthoscopique important ; l'obscurité respiratoire, qui peut persister longtemps après la fin de la maladie.

« La courbe de température est celle des autres formes de grippe.

« La convalescence est toujours traînante. L'asthénie post-grippale est particulièrement marquée dans cette forme... »

Tessier qui a signalé aussi la présence des taches rosées lenticulaires regarde comme un trait caractéristique de la grippe la production d'une rechute fébrile se manifestant à une époque plus ou moins rapprochée de la défervescence thermique et comme secondaire l'encoche en forme de V, signalée par plusieurs auteurs, au moment de l'acmé fébrile.

M. L. Galliard, avant d'exclure la fièvre typhoïde abortive comme impossible dans les cas de Lemoine et Tessier voudrait qu'on lui apporte la preuve par le séro-diagnostic.

La question nous semble toute tranchée en faveur de l'existence de la grippe pseudo-typhoïde, par les trois observations lues par M. le Dr Pelon au « Congrès de médecine interne » tenu à Montpellier en 1898. En voici le résumé :

« J'ai eu l'occasion d'observer cet hiver, trois cas de grippe avec taches rosées, telles qu'elles existent dans le cours de la fièvre typhoïde. Les malades présentaient des symptômes nettement typhiques : abattement, céphalée vertiges ; langue blanche en son milieu, rouge à la pointe et sur les bords ; diarrhée, douleur dans la fosse iliaque droite, température élevée.

« Sur l'abdomen et le thorax, on voyait des taches rosées lenticulaires typiques, s'effaçant à la pression...

« Le diagnostic clinique était dothiéntérie ; mais le séro-diagnostic fut dans les trois cas, absolument négatif. Les symptômes disparurent rapidement, en même temps que la température revint à la normale. L'exanthème rosé, regardé comme un signe pathognomonique de la fièvre typhoïde est un signe de probabilité, non un signe de certitude ».

A cela nous n'avons rien à ajouter ; la forme pseudo-typhoïde existe dans la grippe, à l'égal de la forme pseudo-méningitique ; le fait est prouvé par les résultats négatifs que donne la séro-réaction de Widal.

Voici maintenant l'observation n° 6 de la thèse de Millée que nous avons réservée pour la fin de ce chapitre.

OBSERVATION XII

Observation n° 6 de la thèse de Millée. Paris 1884.

Résumé. — La nommée D., 16 ans, blanchisseuse entre le 6 juillet 1884 à la Pitié. Elle a été prise le 1^{er} juillet de violents maux de tête avec nausées. En même temps ont apparus des éternuements, du coryza et du larmoiement. Bouche pâteuse, amère, pas de diarrhée, pas de douleurs abdominales, pas d'épistaxis. Courbature généralisée, son médecin lui ordonne un purgatif, et elle entre à l'hôpital le 6. On constate un état typhique léger, peu d'abattement, le coryza et le larmoiement ont disparu. La céphalalgie et la courbature persistent, la peau est sèche et brûlante, la langue est épaisse et étalée, recouverte d'un enduit blanchâtre sur toute sa surface, elle est humide et collante au doigt. Il n'existe pas de taches rosées, pas de douleur dans la fosse iliaque droite, ni de diarrhée. Il y a un peu de toux. Pas

d'albumine dans les urines. La température marque 40° le soir.

Le 9 juillet apparaissent des taches rosées sur l'abdomen. Il est survenu un peu de diarrhée et la pression détermine un peu de douleur au niveau de la fosse iliaque droite. Le faciès typhique s'est accentué. La langue épaisse est toujours recouverte par un enduit blanchâtre.

On voit que les conditions dans lesquelles la maladie a évolué sont les mêmes que pour les malades de M. le Dr Pelon. Le séro-diagnostic eût donc été utile.

INFECTION TYPHO-GRIPPALE

L'affection que nous allons maintenant étudier, bien que ne se distinguant pas sans difficulté des deux maladies précédentes, offre avec elles une différence éminemment importante. Tandis que ces deux affections étaient produites par un microbe spécifique unique, auquel par hasard pouvaient s'ajouter le pneumocoque, le streptocoque, le bactérium coli; l'infection typho-grippale au contraire est le résultat de la réunion sur le même individu à la fois du bacille d'Eberth et du bacille Pfeiffer.

Il est évident que, tout comme dans le premier cas nous pouvons voir survenir des associations microbiennes diverses; mais le rôle de ces infections secondaires n'est pas encore assez bien déterminé pour que nous y insistions ici; nous aurons donc seulement en vue l'affection produite par les deux microbes connus de la grippe et de la fièvre typhoïde évoluant simultanément sur un seul sujet.

Avant d'entrer plus avant dans cette étude, il ne serait peut-être pas inutile de donner un léger aperçu des connaissances que nous possédons aujourd'hui sur les agents pathogènes dont nous avons à nous occuper.

Le bacille découvert par Pfeiffer en 1892 dans les produits d'expectoration est admis aujourd'hui par la majorité

des auteurs comme le microbe spécifique de l'influenza. C'est un bâtonnet fin et court se colorant avec les couleurs basiques d'aniline ou le Ziehl étendu, se décolorant par le Gram. Cultivé à 37° sur agar à la surface de laquelle on a laissé tomber une goutte de sang, il donne de fines colonies très brillantes. Inoculé aux animaux, il produit chez le singe seulement des accidents comparables à la grippe humaine. Mais s'il a été facile à ceux qui l'ont étudié d'en donner une pareille description; nous devons reconnaître que dans la pratique, il n'est point si commode à découvrir, puisque certains auteurs l'ont cru voir dans le sang, tandis que d'autres le nient avec énergie.

Les dernières expériences de séro-diagnostic à l'égard de ce bacille n'ont fourni aucun résultat.

En l'état actuel de la science, tout en admettant la spécificité de ce bacille, nous ne sommes guère avancés puisque nous ne possédons pas encore des moyens suffisamment sûrs pour le découvrir.

Pour la fièvre typhoïde, les résultats sont plus satisfaisants. Le bacille d'Eberth, très mobile à l'état frais se présente sous l'aspect d'un bâtonnet arrondi à ses extrémités portant souvent à l'une d'elle une spore sphérique. Il se colore difficilement, mais se cultive très bien sur la pomme de terre. On le trouve dans les matières fécales, les plaques de Peyer, le foie, la rate, etc., mais on ne l'a pas vu dans le sang, excepté celui des taches rosées lenticulaires. Sur gélatine, les colonies ont l'aspect d'intestins enroulés, avec des reflets brillants. On a pu l'inoculer à la souris, au cobaye, au lapin et la fièvre typhoïde expérimentale étudiée par Chantemesse, Sanarelli, de Ramond,

différerait de celle de l'homme par des ulcérations moins étendues, le peu d'abondance des microbes, l'absence des lésions rénales. Cette fièvre typhoïde se rapprocherait ainsi de celle des enfants.

Mais la caractéristique du bacille d'Eberth résulte de la propriété dont jouit le sérum du sang d'un typhique, d'agglutiner et d'immobiliser en formant une sorte de précipité les bacilles d'Eberth contenus dans une culture en bouillon. C'est ce phénomène intéressant mis en lumière par les expériences de Widal, qui est utilisé sous le nom de séro-diagnostic.

Revenons à présent à notre infection typho-grippale. Est-elle possible cliniquement et expérimentalement? Telle est la question que nous allons tâcher de résoudre.

A chaque épidémie d'influenza, on voit les tables de mortalité s'élever dans des proportions énormes et si l'on regarde d'un peu plus près, on constate que ça n'est pas la grippe elle-même qui fait tous les ravages, mais plutôt les autres maladies aiguës ou chroniques qu'elle est venue compliquer. On sait quelle influence désastreuse elle exerce sur la tuberculose et on connaît aussi quelle virulence elle donne aux infections pneumococcique, streptococcique et staphylococcique.

Quoi d'étonnant alors, à ce qu'elle puisse s'allier avec la fièvre typhoïde et donner une affection bâtarde procédant à la fois de l'une et de l'autre maladie ?

La fièvre typhoïde est-elle rebelle aux associations ? Pas le moins du monde. Si la plupart du temps le bacille d'Eberth se complait surtout à exalter la virulence du

bactérium coli, rien n'indique qu'il se refuse à vivre et à favoriser le bacille de Pfeiffer.

N'a-t-on pas créé une forme typho-palustre de la dothiéntérie ? Alors, pourquoi repousserait-on l'infection typho-grippale admise par les docteurs Saint-Ange et Ombrédanne ?

Nous avons vu par les observations publiées au cours de l'historique et par les témoignages de nombreux cliniciens que cette association n'était pas impossible. Si nos connaissances sur le microbe de la grippe étaient assez complètes, on pourrait contrôler sous le microscope, ce que les symptômes cliniques nous font déjà entrevoir ; c'est-à-dire la présence simultanée sur le même individu des bacilles d'Eberth et de Pfeiffer.

Comment devons-nous comprendre la combinaison possible des deux agents pathogènes ?

Vont-ils évoluer chacun de leur côté, séparément ou bien, au contraire, vont-ils s'influencer réciproquement ?

Nous admettons entièrement l'opinion de M. le professeur Potain, si compétent en la matière, il existe une constitution médicale grippale telle, que les autres maladies relèvent de cette constitution.

Cette constitution médicale agit de telle sorte sur l'organisme qu'elle affaiblit à un moment donné un des moyens de défense, épithéliums ou phagocytose dont il dispose et la porte se trouve ainsi ouverte aux autres germes morbides.

Ces germes une fois dans la place, comment vont-ils évoluer ?

Nous allons trouver l'explication dans le savant rapport de M. Vidal, au Congrès de Montpellier 1898.

« L'association microbienne, dit-il, peut se faire au cours, ou au seuil même d'une maladie. Deux infections intriquées vont se développer simultanément, influençant réciproquement leur marche, leur évolution et aggravant leur pronostic. C'est le fait de l'infection mixte, tel qu'on le constate dans la diphtérie, dans la scarlatine, dans la grippe.

« L'infection peut apparaître au cours, au déclin, même dans la convalescence de la maladie première. Elle tient souvent le second plan et survient à la façon d'un incident épisodique ou clôtural. C'est le fait de l'infection secondaire ».

L'explication de la manière dont évoluera l'infection typho-grippale, nous semble maintenant assez claire.

Dans un premier cas, la grippe ayant éclaté chez un individu ; avant ou pendant le déclin de la maladie se déclare une fièvre typhoïde. C'est à cette classe que se rapportent suivant nous les malades qui font le sujet de nos observations 1, 2, 3, 4, 6, et 8 chez lesquels la grippe n'était pas encore terminée lorsque la dothiéntérie est apparue et ceux des observations 5 et 13 chez lesquels la grippe était guérie ou à peu près, lorsque la température est remontée.

Dans nos observations 7, 9, et 11, grippe et fièvre typhoïde, ont toujours évolué en même temps.

Enfin l'observation 10 nous montre les accidents pleuropulmonaires, que nous croyons dus à la grippe, comme apparaissant au déclin de la dothiéntérie.

Mais, bien que dans cette division nous nous soyons appuyé sur des observations, il faut la prendre un peu comme théorique, car il n'est pas possible de dire cliniquement où commencent les premières manifestations de la grippe ou de la fièvre typhoïde, ni où elles finissent.

Cela nous importe peu après tout.

Que la grippe retarde les manifestations de l'infection par le bacille d'Eberth ; que la dothiéntérie arrête et empêche quelquefois l'infection grippale d'évoluer, peu nous importe pour l'instant.

Ce que nous tenons simplement à faire remarquer, c'est qu'il n'y a pas cliniquement antagonisme absolu, puisqu'on trouve des sujets présentant d'une façon très nette les deux affections à la fois.

Mais l'expérimentation, parfois si utile, peut-elle nous donner quelques explications ? Nous croyons les auteurs muets sur ce point. Nous avons bien vu, qu'on avait produit chez le singe l'influenza ; chez le cobaye, le lapin, etc., la fièvre typhoïde ; nous ne croyons pas que l'on ait encore tenté d'expériences concernant l'infection typho-grippale.

Force est donc de faire notre description de cette double infection, avec les seuls éléments que nous fournit la clinique, aidée par la séro-réaction de Widal. C'est ce que nous allons tenter de faire en nous appuyant sur ce qui a déjà été publié, et sur les observations que nous avons réunies dans cette thèse.

Nous n'énumérerons pas de nouveau la longue liste des symptômes que l'on rencontre dans la grippe et dans la fièvre typhoïde. Nous tâcherons seulement de faire res-

sortir les quelques caractères que l'on rencontre le plus fréquemment dans la double infection typho-grippale.

1° *Température*. — La température semble le plus généralement s'élever d'une façon assez brusque, vers 39° ou 40° et subir pendant une période qui peut aller jusqu'à 8, 15 et même 20 jours (observation 3), des oscillations plus ou moins considérables, nulles parfois, comme dans le malade que nous avons observé (observation 13). Cette première partie de la courbe, est généralement celle que l'on rencontre chez les grippés vulgaires. Dans quelques cas, les malades sont même complètement apyrétiques.

Un peu plus tard, la température qui a baissé pendant un ou deux jours et plus, remonte à 40° et peut s'y maintenir avec ou sans grandes oscillations, on remarque quelquefois ici l'encoche profonde, en V, signalée par Teissier.

Descente brusque ou le plus souvent graduelle.

2° *Pouls*. — La circulation pulmonaire étant fortement entravée par les troubles qu'occasionne la grippe, le cœur se fatigue et l'on voit assez souvent la courbe du pouls différer beaucoup d'avec la courbe thermique (Obs. VIII).

3° *Troubles respiratoires*. — Le plus souvent dès le début, tous les signes de la grippe, coryza, laryngo-bronchite; puis un peu plus tard, congestion pulmonaire se décelant surtout par le signe qu'indique M^r Ferrand, obscurité respiratoire avec peu de râles. Dyspnée intense.

4° *Appareil digestif*. — Langue chargée, humide au début; plus tard langue de perroquet, mais reste souvent

recouverte d'un enduit blanchâtre, comme au début. Constipation absolue les premiers jours, puis diarrhée comme dans la fièvre typhoïde. Dans toutes nos observations, le ventre était peu météorisé; dans une hyperesthésie cutanée. Rate hypertrophiée seulement lorsqu'apparaissent en général les taches rosées.

5° *Système nerveux*. — Fatigue, anéantissement les premiers jours auxquels succèdent l'hébétude et le délire.

6° *Sécrétions*. — Sueurs et urines exagérées au début, catarrhe oculo-nasal; dans la suite, arrêt des sécrétions. Convalescence longue et pénible.

Souvent mort par asphyxie à la suite de la congestion pulmonaire, ou par altération du muscle cardiaque, ou enfin par la violence de l'état infectieux.

Le nombre des perforations intestinales, doit être rare.

Nous allons terminer cette étude par l'observation de notre malade et quelques mots sur le pronostic de l'infection typho-grippale après avoir passé en revue les quelques particularités que nous trouvons dans notre observation.

OBSERVATION XIII (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le Dr Ménétrier à l'hôpital Tenon.

D..., François âgé de 24 ans, infirmier, entré le 4 mars 1899, salle Axenfeld à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le Dr Ménétrier.

Ses antécédents héréditaires, sont sans intérêt, de même que ses antécédents personnels. Il a fait son service militaire dans

des conditions normales et il a été opéré d'une hernie inguinale il y a six ans. On relève quelques stigmates d'alcoolisme.

Maladie actuelle. — La maladie actuelle, a débuté il y a deux jours assez brusquement et le sujet a été pris d'une façon subite, de courbature, de céphalalgie, de douleurs dans la continuité des membres et dans la nuque.

Le sommeil a cependant été conservé, les nuits assez bonnes.

L'appétit est complètement perdu et le malade, depuis ces deux jours n'est pas encore allé à la garde-robe.

Voilà dans quelles conditions se trouve le malade au moment où il demande, étant infirmier de la salle, à prendre un lit pour se reposer quelques jours.

5 mars. — Persistance des signes subjectifs mentionnés plus haut ; pas d'épistaxis, pas de toux ni de dyspnée. L'examen du thorax ne révèle aucun phénomène morbide. Les bruits du cœur sont un peu sourds. La langue est saburrale, pas de vomissements, l'abdomen n'est pas douloureux spontanément ni à la pression.

La rate et le foie présentent leur volume normal. Depuis la veille le malade a rendu un litre d'urine fortement colorée, non albumineuse. Le malade est nullement prostré ; il répond très bien aux questions qu'on lui pose, et n'accuse aucune douleur en aucun point.

Les circonstances dans lesquelles se présente le malade, offrent ceci de particulier, et qu'il est nécessaire de retenir au point de vue étiologique ; c'est qu'il y a eu les semaines précédentes, dans le service, plusieurs cas de grippe et de fièvre typhoïde.

On met le malade en observation et on fait le séro-diagnostic qui est négatif.

On ém et néanmoins l'hypothèse d'une dothiéntérie au début et on ordonne. Purgatif, diète lactée, antipyrine et quinine ; temp. 39° 7. Pouls, 96.

6 mars. — La céphalalgie a diminué ; le sommeil est calme ; il n'y a toujours pas d'épistaxis ; la langue s'est nettoyée, le faciès est normal. Diarrhée légère sans douleurs abdominales ni météorisme. Urines assez abondantes 1600 gr. sans albumine. Séro-diagnostic, négatif.

Matin : temp. 39°7 ; pouls : 84, régulier

Soir : temp. 39°8.

7 mars. — Sommeil calme, pas de diarrhée.

Matin : temp. 39°7.

Soir : temp. 39°5.

9. — Le malade est constipé. Quelques râles de bronchite dans la poitrine. Urine claire, temp. 39°6.

Jusqu'au 14 mars le malade a toujours plus de 39° de température, mais alors à partir de ce moment, elle commence à tomber. Le séro-diagnostic toujours négatif on croit à la grippe.

Le 15. — Le malade n'a plus que 37°8 et demande à s'alimenter.

17. — Temp. 37° le matin ; mais le soir il remonte au point où il était il y a trois jours à 37°2. Dans la journée, quatre litres d'urine claire sans sucre ni albumine.

18. — Temp. 39°3. Diarrhée abondante.

19. — Le malade est très abattu, il répond difficilement, le pouls dicrote à 84. Langue rouge sur les bords et à la pointe, enduit blanchâtre en son milieu ; depuis la veille quinze selles jaunes ocreuses, vomissements bilieux répétés. Ventre souple non douloureux ; toux peu fréquente, quelques râles sibilants. Urines : 800 gr. fortement colorées, un peu albumineuses.

Matin : temp. 39°1.

Soir : temp. 39°6.

21 mars. — Prostration complète, insomnie absolue, subdélire. La diarrhée persiste, sur l'abdomen assez fortement météorisé, quelques taches rosées apparaissent très nettes ; la rate est volumineuse (4 travers de doigt à la percussion). Le séro-diagnostic est positif ; le sérum agglutine nettement au 1/20, agglutination faible au 1/50.

On commence le traitement par les bains froids.

Matin, temp. 39°8, pouls 96. Soir, temp. 40°1.

23 mars. — Même prostration. La diarrhée a diminué (6 à 8 évacuations), le ventre est toujours ballonné, la fosse iliaque non-douloureuse. De nouvelles taches rosées sont apparues sur l'abdomen et le thorax. Urines 900 gr., albumineuses. Langue sèche, pouls 96, régulier.

Matin, temp. 39°5. Soir, temp. 40°.

24 mars. — Même état, la température s'élève à 40°6.

27 mars. — La maladie suit le cours habituel d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne. La température se maintient autour de 40°, le pouls entre 90 et 100 régulier. La diarrhée persiste tout en diminuant d'intensité. La prostration est toujours très accusée.

28 mars. — Les taches rosées ont à peu près disparu. La diarrhée s'arrête et fait place à la constipation. Les urines sont plus abondantes (1200 gr.) et claires, non albumineuses.

Le malade est moins abattu. Il accuse un peu de gêne respiratoire et de plus, un léger point de côté à droite. A l'auscultation on trouve à la base droite un foyer de congestion hypostatique. Submatité, vibrations exagérées dans l'étendue de la

paume de la main, bouffées de râles sous-crépitaux moyens, bronchophonie. Le cœur est normal, temp. 40°2.

29 mars au 10 avril. — Grandes oscillations thermiques, stade amphibole, la température descend petit à petit à 37°. L'état général devient assez bon. La langue se nettoie, la constipation persiste, le sommeil est revenu. Les signes pulmonaires ont disparu.

11 avril. — Le malade demande à s'alimenter, temp. 37°.

18 avril. -- Reprise de l'alimentation.

Le malade part le 30 en convalescence, sans avoir eu d'autre accident.

Tous les signes présentés par notre malade au début de son affection, sont, à n'en pas douter, ceux d'une grippe bénigne, d'assez courte durée, ne présentant pas, comme on le voit d'habitude, de grandes oscillations thermiques.

Au bout de huit jours, la chute de la température se fait d'une façon graduelle, sans présenter d'autre incident qu'une bronchite légère.

Le 15^e jour, le malade est à 37° et a une polyurie abondante annonçant la fin de la crise: lorsque tout à coup, le même soir, sans aucun prodrome la température remonte, c'est le début d'une dothiéntérie contrôlée par le séro-diagnostic quatre jours après.

La fièvre typhoïde ayant évolué normalement, nous n'y reviendrons pas; nous ferons simplement remarquer que la grippe était bien terminée, puis qu'aucun symptôme d'influenza ne s'est manifesté dans tout le cours de la dothiéntérie.

Mais le fait le plus intéressant se trouve dans l'éton-

nante lenteur avec laquelle est apparue l'infection par le bacille d'Eberth. Ce malade avait lui-même soigné des typhiques et des grippés dans la semaine qui a précédé son atteinte par l'influenza. Il paraît donc y avoir eu, comme un arrêt dans les manifestations de la fièvre typhoïde; puis, tous les symptômes ont éclaté rapidement sans prodromes, dès que le malade est entré en convalescence de sa grippe.

Cette particularité que la grippe semble imprimer à la dothiéntérie n'est pas rare et nous la trouvons signalée par L. Galliard. Nos observations 1,2,3,4 et 8 sont également des exemples frappants de ce phénomène. Mais ce qui dans notre malade nous fait croire que c'est bien la grippe qui a empêché la dothiéntérie d'éclater plus tôt, c'est que l'incubation pendant la période de rémission grippale ne s'est pas manifestée. Elle était comme subordonnée à l'infection plus forte et plus rapide qui avait pour un instant accaparé l'organisme tout entier pour le livrer ensuite d'un seul coup après la débâcle urinaire.

Mais, comme le pense M. Galliard, tout nous porte à croire qu'il est des cas, où l'infection eberthienne plus forte arrête la grippe et ne la laisse se manifester, que lorsque son œuvre est accomplie.

Quelques mots seulement sur le pronostic. A notre avis, il doit toujours être réservé. La grippe est une maladie avec laquelle, il faut toujours compter et tel cas que l'on croit bénin, sera peut-être suivi de beaucoup d'autres, très graves, ainsi que cela est arrivé dans l'épidémie de 1889. Cette affection apporte au plus haut degré des troubles profonds dans l'organisme et par cela même dé-

jà elle ne prépare que trop bien la voie au bacille d'Eberth. De plus, l'union sur un même individu, des deux infections, paraît exalter la virulence réciproque des deux agents morbides. Les nombreux cas de mort par infection typhogrippale, en sont la preuve. Nous devons donc toujours réserver le pronostic et nous attendre lorsque le cœur faiblit, lorsque la dyspnée devient intense ou que les accidents nerveux éclatent avec violence, à voir le malade succomber. Cette opinion est celle du Dr Saint-Ange et pour terminer notre ouvrage, nous ne pouvons mieux faire que de la rappeler en entier.

« Nous laisserions-nous abuser par de simples apparences, en affirmant que la grippe exerce sur la fièvre typhoïde une influence aggravante ? Nous ne le pensons pas.

Nous croyons qu'il y a autre chose qu'une simple coïncidence, qu'il existe entre la grippe et la fièvre typhoïde une véritable affinité et que, pour le plus grand désavantage des malades, l'association des microbes peut se réaliser. Assurément le microbe de la grippe ne favorise pas le développement du bacille d'Eberth comme il le fait pour le pneumocoque ou le streptocoque, car, nous l'avons déjà dit, on observe rarement la fièvre typhoïde au cours des épidémies de grippe, mais une fois l'association réalisée par le hasard, il modifie son évolution dans un sens défavorable à l'organisme.

« Dire simplement qu'il exalte sa virulence ne serait pas absolument conforme à la réalité ; en effet, la fièvre typhoïde qui évolue sur un terrain qu'elle partage avec la grippe est, le plus souvent, semble-t-il, atténuée et comme effacée au point de vue symptomatique. L'atteinte portée au cœur par cette hybridation est dangereuse. »

CONCLUSIONS

1° Il existe une infection mixte typho-grippale.

2° La grippe et la fièvre typhoïde affectent des rapports très étroits et il est particulièrement difficile de différencier une grippe pseudo-typhoïde, d'une dothiéntérie pseudo-grippale et d'une double infection typho-grippale. Le séro-diagnostic est le seul moyen qui soit de quelque utilité.

3° La grippe semble prolonger la durée d'incubation de la fièvre typhoïde.

4° Le pronostic de l'infection typho-grippale doit être très réservé, car des accidents pulmonaires, cardiaques ou cérébraux, peuvent rendre quelquefois cette affection redoutable.

Vu : le Doyen
BROUARDEL

Vu :
le Président de la thèse,
PROUST

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BROCHIN. — Article « grippe » du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

CHANTEMESSE. — Les formes de la fièvre typhoïde, in Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 20 juin 1891.

CHOMEL. — Leçons cliniques, 1834.

GALLIARD. — La grippe.

GRIÉSINGER. — Traité des maladies infectieuses (Traduct. Lemaitre).

GRELLETY. — Complications pulmonaires de la fièvre typhoïde, in Bulletin médical du Nord, 1882.

GUÉNEAU DE MUSSY. — Cliniques médicales, 1876.

FERRAND. — La constitution médicale grippale et la fièvre typhoïde, in Journal de Médecine interne, 15 mai 1899.

HARDY. — Fièvre typhoïde dans le cours d'une grippe, in « Le Praticien » 1881.

HOMOLLE. — Article fièvre typhoïde, du nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique.

HUCHARD. — La grippe, ses rapports avec d'autres maladies, in Revue générale de clinique et de thérapeutique, 1891.

LEMOINE. — Grippe à forme typhoïde, in Semaine médicale, octobre 1892.

MILLÉE. — Thèse de Paris, 1884.

OMBRÉDANNE. — Thèse de Montpellier, 1897.

PELON. — Rapport au congrès de Médecine interne, Montpellier, 1898.

POTAIN. — Grippe et fièvre typhoïde intercurrente, in Gazette des hôpitaux, avril 1881.

RAYNAUD. — France médicale, 1876.

SAINT-ANGE. — Infection typho-grippale, in Archives médicales de Toulouse, août 1895.

SEVESTRE. — Les fièvres typhoïdes à forme anormale in Bulletin de la Société anatomique de Paris.

WIDAL. — Rapport au Congrès de médecine interne. Montpellier 1898.

